

Residencial con personal para niños Evaluación de control de calidad



Children's Staffed Residential Quality Assurance Assessment

FECHA	TIPO DE VISITA (ANUAL O POR SOLICITUD)		
NOMBRE DEL REVISOR DDD		NOMBRE DEL LICENCIADOR DLR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL LICENCIADOR

El evaluador debe obtener la siguiente información por parte del coordinador VPS regional o personal contratado antes de realizar la evaluación de control de calidad.

AGENCIA RESIDENCIAL CON PERSONAL		NOMBRE DEL HOGAR	
DIRECCIÓN POSTAL		DIRECCIÓN POSTAL	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE FAX	
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE TELÉFONO	
LICENCIA ACTUAL VÁLIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CAPACIDAD LICENCIADA TOTAL	CONTRATO DE RELEVO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CAPACIDAD DE RELEVO
NÚMERO DE RESIDENTES	DDD:	CA:	

***EL ASTERISCO INDICA A AQUELLOS RESIDENTES PRESENTES DURANTE LA VISITA**

INDIVIDUOS RESIDIENDO EN EL HOGAR	AGENCIA PROVEEDORA VIGILANCIA (DDD/CA)	ASISTENTE SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DE PERSONAL (EVALUACIÓN DE CALIFICACIÓN POR CLIENTE)

VISITA ANTERIOR FECHA	TIPO DE VISITA ANTERIOR (ANUAL O POR SOLICITUD)
--------------------------	---

RESUMEN (Revisión de evaluación/evaluaciones anterior(es) y/o reportes de acciones correctivas de control de calidad para brindar un pequeño resumen de las áreas identificadas que necesitan correcciones):

Problemas actuales del trabajador y del supervisor de CA

(El evaluador debe reunirse con el coordinador VPS regional y un Asistente Social asignado antes de la evaluación del control de calidad. Si el hogar tiene residentes DDD de otras regiones, se debe programar una teleconferencia con otra región. El contenido debe incluir problemas o preocupaciones resaltantes con respecto al cumplimiento del contrato DDD y/o WAC).

¿El niño/joven recibe el nivel de supervisión por una clasificación actual y programación del personal?

¿El niño/joven recibe servicios de tratamiento (OT, PT, terapia del habla) incluyendo manejo del comportamiento?

¿Hay documentación de contacto de la familia/comunidad (Plan de crianza compartida y 90 días de visita)?

¿El niño/joven recibe desarrollo de habilidades terapéuticas (enseñanza y capacitación con ADL, etc.)?

¿Recibe reportes y comunicaciones completas de manera oportuna de la agencia?

¿El niño/joven mantiene una programación del cuidado de la salud (por ejemplo, neurólogos, revisión médica, profesionales de la salud mental, nutricionistas, etc.)? De no ser así, brinde una explicación.

Comentarios adicionales:

Apariencia física del hogar	Sí	No	N/C	Comentarios: (Brinde información específica solo en las respuestas No y N/C).
<u>WAC 388-148-0165</u> Número del hogar visible en la calle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0155</u> El exterior tiene buena reparación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0155</u> El patio/césped está cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0155</u> El interior está en buena condición sanitaria y limpio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observaciones de seguridad	Sí	No	N/C	Comentarios: (Brinde información específica solo en las respuestas No y N/C).
<u>WAC 388-148-0225</u> y <u>WAC 388-148-0230</u> Las puertas de salida tienen fácil acceso desde adentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0225</u> Las puertas de salida no están bloqueadas ni hay obstáculos colocados en los corredores, pasillos, puertas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0260</u> y <u>WAC 388-148-0225</u> Las ventanas funcionan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>WAC 388-148-0155</u> Si es requerido por DLR, coloque pasamanos en los peldaños, escaleras y rampas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WAC 388-148-0195 y WAC 388-148-0225 Los químicos peligrosos son inaccesibles y están almacenados apropiadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0315 Asegure/adapte los pasamanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0205 Los medicamentos están bajo llave (incluyendo las vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0645 WAC 388-148-0250 Documentación para el plan mensual de preparación para emergencias (revisiones de seguridad mensuales, simulacros de incendio y alarmas contra incendios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0240 El extinguidor de incendios está colocado y es accesible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0315 La temperatura del agua no debe exceder los 120° al ser evaluado con un termómetro en el baño de un niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0200 Suministros de primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observaciones del hogar	Sí	No	N/C	Comentarios: (Brinde información específica solo en las respuestas No y N/C).
WAC 388-148-0370 a WAC 388-148-0390 Suficiente variedad, tipo y cantidad de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0665 Menús/aperitivos disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administración	Sí	No	N/C	Comentarios: (Brinde información específica solo en las respuestas No y N/C).
WAC 388-148-0145 Publicaciones autorizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WAC 388-148-0275 Números de emergencia publicados (incluyendo el control de envenenamiento) para el acceso al cliente/personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Registros del cliente: En caso responda Sí incluya la fecha de la reunión o No si no está ubicado o está incompleto.				
Nombre del cliente (puede ingresar hasta cuatro)				
Políticas 5.19 y 5.20 de DDD y Contrato DDD LSR Análisis funcional (FA, por sus siglas en inglés) aprobado y Planes de Apoyo al Comportamiento Positivo (PBSP, por sus siglas en inglés). Plan firmado por el personal DDD				
Políticas 5.19 y 5.20 de DDD y Contrato DDD LSR La documentación de la recolección de datos y supervisión ocurre cada 30 días.				

WAC 388-148-0570 Plan educativo individual (IEP) actual				
Contrato DDD LSR Plan de crianza compartida actual				
WAC 388-148-0125 y Contrato DDD LSR La información del cliente se mantiene confidencial y asegurada en casa				
WAC 388-148-0565 y Contrato DDD LSR La documentación del Plan de Tratamiento Actual está actualizada y se presentó de forma trimestral a DDD.				
WAC 388-148-0120 , Política DDD 6.12 , Contrato DDD LSR Documentación de los Reportes de Incidentes, incluyendo la notificación a DDD, DLR, padres, etc. según sea apropiado.				
WAC 388-826 Documentación del Registro Integral que refleje las Actividades de la Comunidad y Familia así como fechas				
WAC 388-826 Inventario de la Propiedad actual revisado anualmente.				
WAC 388-845-3055 y WAC 388-845-3065 Firmado actualmente por DDD/ISP				
Médico/Dental: En caso responda Sí incluya la fecha de la reunión o No si no está ubicado o está incompleto.				
WAC 388-148-0125 , WAC 388-148-0335 , y Política DDD 6.19 Registro Médico/Dental (incluye la razón de una visita junto con la fecha para un examen anual médico y dental)				
WAC 388-148-0127 y Política DDD 6.19 Registro de medicación/MAR (Incluye dosis, frecuencia y efectos secundarios)				
WAC 388-148-0352 y Política DDD 6.19 Medicamentos administrados según son prescritos (incluyendo la firma del personal y medicamentos no suministrados) Revise antes de los 3 meses de registro. ¿El Registro de Administración de Medicamentos (MAR) brinda los medicamentos disponibles?				
WAC 388-148-0352 y Política DDD 5.19 Protocolo de medicamentos PRN disponible				

<u>Política de DDD 6.15 y 6.19</u> Contrato DDD LSR Clientes de la edad de 18 a 21, Documentación de la Delegación de Servicios de Enfermería				
Contrato DDD LSR Dieta restringida que es aprobada por el médico (anualmente firmada por PCP)				
<u>WAC 388-826</u> Registro de convulsiones				
Habitaciones: En caso responda Sí incluya la fecha de la reunión o No si no está ubicado o está incompleto.				
Contrato DDD LSR Un niño por habitación				
<u>Política DDD 5.19</u> Alarmas (puerta y ventana)				
<u>Política DDD 5.19</u> y <u>Política CA 5800</u> Monitores de video/audio aprobados				
<u>WAC 388-148-0155</u> Limpio y libre de malos olores				
Contrato DDD LSR Habitaciones individuales son reflejo del niño.				
<u>Política DDD 5.20</u> y Contrato DDD LSR Uso aprobado de las barras laterales de la cama				
Observaciones: Discuta brevemente las interacciones que hemos observado durante el tiempo de visita, incluyendo la aparición del niño/joven, las técnicas de enseñanza y de capacitación, desarrollo de habilidades, administración de medicinas, etc.				
Nombre del cliente: Comentarios:				
Nombre del cliente: Comentarios:				
Nombre del cliente: Comentarios:				

Nombre del cliente:

Comentarios:

Entrevistas

Debe conducir una muestra aleatoria de un mínimo de dos miembros del personal (que estén presentes durante la visita) y dos clientes (de estar presentes) dependientes en el hogar y dos padres.

Entrevista directa al personal de cuidados

Nombre del miembro del personal de cuidado directo:

¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí?

¿Qué tipo de capacitación ha tenido en las siguientes áreas?

- Supervisión de jóvenes
- Manejo/Restricción de comportamiento
- Emergencias médicas
- Área de tratamiento (jóvenes que son agresivos sexualmente, suicidas, tienen discapacidad de desarrollo, etc.)

¿Ha visto el video de reporte obligatorio? Sí No

¿Ha usado alguna técnica de intervención física o una "habitación para calmar"? ¿Puede describir lo que sucedió?

¿Hizo alguna derivación del CPS? ¿Qué ocurrió?

¿Cree que hay un número apropiado de personal para brindar supervisión?

Nombre del miembro del personal de cuidado directo:

¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí?

¿Qué tipo de capacitación ha tenido en las siguientes áreas?

- Supervisión de jóvenes
- Manejo/Restricción de comportamiento
- Emergencias médicas
- Área de tratamiento (jóvenes que son agresivos sexualmente, suicidas, tienen discapacidad de desarrollo, etc.)

¿Ha visto el video de reporte obligatorio? Sí No

¿Ha uso alguna técnica de intervención física o una "habitación par calmar"? ¿Puede describir lo que sucedió?

¿Hizo alguna derivación del CPS? ¿Qué ocurrió?

¿Cree que hay un número apropiado de personal para brindar supervisión?

Entrevista del niño/joven (El evaluador debe indicar si el niño/joven es capaz de participar en la entrevista. N/C no es capaz de participar.)

Nombre del niño/joven:

¿Qué tareas haces regularmente?

¿En qué actividades participas durante la semana? ¿Qué haces durante los fines de semana?

¿Qué sucede cuando te metes en problemas? ¿Cuáles son las consecuencias?

Si necesitaras ayuda ¿a dónde irías?

¿Vas a la tienda con el personal y eliges tus propios alimentos?

¿Tienes un Asistente Social de DDD? ¿Cuál es el nombre de tu Asistente Social?

Nombre del niño/joven:

¿Qué tareas haces regularmente?

¿En qué actividades participas durante la semana? ¿Qué haces durante los fines de semana?

¿Qué sucede cuando te metes en problemas? ¿Cuáles son las consecuencias?

Si necesitaras ayuda ¿a dónde irías?

¿Vas a la tienda con el personal y eliges tus propios alimentos?

¿Tienes un Asistente Social de DDD? ¿Cuál es el nombre de tu Asistente Social?

Entrevista a los padres

(El evaluador debe contactar a los padres de los niños que reciban solo VPS. N/C para un niño atendido por CA. El contenido debe brindar comentarios en problemas, preguntas o preocupaciones actuales con respecto al cuidado y manutención de su niño):

Nombre del padre:

¿Durante cuánto tiempo su hijo ha vivido en esta residencia? ¿Tiene alguna preocupación de salud o de seguridad con respecto a la residencia de su hijo?

¿De qué manera mantiene contacto con su hijo?

¿Cuándo lo visitó por última vez?

¿Cree que su hijo recibe la supervisión apropiada? Sí No
Si no ¿cuáles son sus preocupaciones?

¿Alguna vez su hijo le ha comentado sobre cualquier problema con respecto al hogar residencial? Sí No
Si la respuesta es sí, brinde un explicación incluyendo cómo dirigió y resolvió las preocupaciones

¿Cree que se cumplen las necesidades médicas del niño?

¿Cree que se cumplen las necesidades educativas del niño? ¿Ha sido incluido en conferencias IEP?

¿Cree que las necesidades de comportamiento de su hijo están manejadas apropiadamente?

¿Hay alguna otra cosa que le gustaría que sepa?

Nombre del padre:

¿Durante cuánto tiempo su hijo ha vivido en esta residencia? ¿Tiene alguna preocupación de salud o de seguridad con respecto a la residencia de su hijo?

¿De qué manera mantiene contacto con su hijo?

¿Cuándo lo visitó por última vez?

¿Cree que su hijo recibe la supervisión apropiada? Sí No
Si no ¿cuáles son sus preocupaciones?

¿Alguna vez su hijo le ha comentado sobre cualquier problema con respecto al hogar residencial? Sí No
Si la respuesta es sí, brinde un explicación incluyendo cómo dirigió y resolvió las preocupaciones

¿Cree que se cumplen las necesidades médicas del niño?

¿Cree que se cumplen las necesidades educativas del niño? ¿Ha sido incluido en conferencias IEP?

¿Cree que las necesidades de comportamiento de su hijo están manejadas apropiadamente?

¿Hay alguna otra cosa que le gustaría que sepa?

Correcciones, consultas y seguimientos

Revise la evaluación y resuma las áreas marcadas con "no". Esto puede requerir un seguimiento y acción por parte del coordinador VPS y/o el Asistente Social. Recomendaciones y sugerencias también pueden ser incluidas según estén relacionadas con el contrato DDD y VPS WAC.